

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

216

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 Mars 1910, à 1 heure

PAR

Edgard GASTON

Né à Thiers, le 18 Juillet 1883

L'Opération de Müller

DANS LES

GRANDS PROLAPSUS UTÉRINS

Président : M. POZZI, professeur

*Juges : { MM. QUENU, professeur
ANDRÉ BROCA, agrégé
MARION, agrégé*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie} Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910

216

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 Mars 1910, à 1 heure

PAR

Edgard GASTON

Né à Thiers, le 18 Juillet 1883

L'Opération de Müller

DANS LES

GRANDS PROLAPSUS UTÉRINS



Président : M. POZZI, professeur

Juges : { *MM. QUENU, professeur*
ANDRÉ BROCA, agrégé
MARION, agrégé

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie} Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

	LE DOYEN	M. LANDOUZY
	PROFESSEURS.	MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		BOUCHARD
Pathologie médicale		BRISSAUD
		DEJERINE
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.		PIERRE MARIE
Histologie.		PRENANT
Opérations et appareils.		HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.		POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène.		CHANTEMESSE
Médecine légale.		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
		DELBET
Clinique chirurgicale.		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		PINARD
Clinique d'accouchements		BAR
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LORPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en doit leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

*En témoignage de profonde
admiration et d'inaltérable
amour.*

E. G.

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Digitized by

https://archive.org/details/IA41550226_0041

Dans ce modeste travail, nous faisons l'étude aussi complète que possible d'une opération très peu connue en France et qui, pourtant, par sa facilité, sa bénignité et ses résultats, mérite plus de faveur : l'opération de Müller.

A l'étranger, elle a été souvent employée avec succès pour la cure radicale des grands prolapsus utérins, tandis que dans la littérature médicale française nous ne trouvons que deux observations sur ce sujet, celles de Savariaud.

Nous publions dans cette thèse, l'observation d'une malade qui fut opérée par M. le Dr Papin, suivant le procédé de Müller et guérie.

C'est cette observation qui nous a donné l'idée de faire une étude d'ensemble de l'opération de Müller, de mettre cette question au point, et peut-être de faire connaître mieux cette intervention qui mérite d'entrer dans la pratique chirurgicale courante.

Pour plus de clarté, nous avons pensé qu'il serait utile de donner, après une définition et une classification du prolapsus utérin, un aperçu rapide du traitement de cette affection avant d'aborder l'opération de Müller proprement dite.

Nous nous sommes surtout attaché à montrer, par des statistiques, quels résultats l'on avait obtenus par l'emploi des nombreuses thérapeutiques proposées

pour la cure des prolapsus, afin que, par comparaison, l'on pût se rendre mieux compte des sérieux avantages que présente l'opération de Müller : c'est une opération efficace, qui n'est jamais suivie de récédive ; c'est une opération sûre, sans mortalité.

Dans la seconde partie de ce travail, nous étudions l'opération de Müller elle-même ; nous en précisons le but, nous en faisons l'histoire ; et après en avoir décrit le manuel opératoire, nous en disons les indications, les suites immédiates et médiatees ; nous discutons les objections qu'elle a soulevées ; et enfin, à la lumière des statistiques, nous en montrons les résultats heureux.

Mais qu'il nous soit permis, avant tout développement, de remercier M. le professeur S. Pozzi d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse ; et qu'il nous soit permis aussi de confondre dans le même sentiment de gratitude nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux : MM. les professeurs Hartmann, Quénu et Dieulafoy, MM. les D^{rs} Dalché, Petit et Potocki.

C'est à M. le D^r Papin, chef de clinique adjoint de M. le professeur Albarran, que nous devons le sujet de cette thèse, nous le remercions sincèrement de sa bienveillance et de sa cordialité.

DU

TRAITEMENT DES PROLAPSUS UTÉRINS

On peut définir le prolapsus génital : « une rupture de la statique pelvienne déterminant le déplacement de haut en bas de l'appareil utéro-vaginal et s'accompagnant de troubles variés, locaux et éloignés » (Pichevin et Bonnet).

Cette définition comprend donc les prolapsus utérins ; cliniquement, ces prolapsus, à l'état isolé, sont rares ; ils sont accompagnés toujours d'un certain degré de colpocèle, et c'est par abus de langage que l'on confond les prolapsus utérins avec les prolapsus génitaux.

On peut les diviser, selon l'usage, en trois degrés :

Premier degré ou *abaissement*, caractérisé par un léger abaissement du niveau de l'utérus, avec intégrité ou relâchement peu marqué des parois vaginales et du plan de soutien.

Deuxième degré ou *prolapsus proprement dit*, dans lequel le col affleure la vulve ; les parois du va-

gin ont subi un degré proportionné de relâchement.

Troisième degré ou chute, précipitation, procidence complète ; dans ce cas, l'utérus, réductible ou non, est hors de la vulve, recouvert du vagin totalement inversé.

Ce sont ces deux derniers degrés que nous appelons, dans le titre de notre thèse, *les grands prolapsus utérins* ; à eux s'adresse tout particulièrement l'opération de Müller.

Mais avant d'arriver à cette opération, nous ferons une étude rapide des différents traitements proposés pour la cure des prolapsus ; nous nous attacherons surtout à en montrer les résultats, afin de pouvoir les comparer à ceux que donne la méthode opératoire que nous préconisons dans ce travail.

TRAITEMENT MÉDICAL

Le traitement du prolapsus utérin est une question des plus discutées. D'ailleurs, il ne peut être uniforme ; la lésion revêt des aspects si multiples (prolapsus à l'état isolé, prolapsus utéro-vaginal, rectocèle, cystocèle, etc.), les malades se présentent dans des conditions si diverses, qu'on ne peut songer à employer une intervention toujours identique : il est, en effet, évident que l'individualisation est de rigueur dans le choix de la méthode à suivre.

Ces méthodes sont légion et leur variété même semble démontrer qu'il n'y en a pas une seule qui soit tout à fait satisfaisante.

On peut les diviser en *médicales*, ou non sanglantes, et opératoires, ou *chirurgicales*.

Le traitement médical doit être plutôt considéré comme un ensemble de mesures palliatives que comme un véritable traitement curatif. Il pourra être employé avec quelque succès dans les prolapsus du premier degré ; toutefois, les guérisons par l'application d'un pessaire ou par le massage sont excessivement rares.

Il arrive pourtant qu'après le port d'un pessaire, l'utérus prolabé reste maintenu dans sa position normale ; c'est qu'il s'est produit, à la suite d'une réaction inflammatoire, un tissu cicatriciel qui, par sa rigidité, empêche la matrice de descendre à nouveau.

Les pessaires agissent, mécaniquement, en soutenant l'utérus ; ils prennent leur point d'appui sur les parois du vagin et sur le périnée. Il en résulte que leur usage suppose, sinon l'intégrité, au moins la survivance d'une certaine tonicité du périnée ou du vagin.

Pour beaucoup d'auteurs, ce traitement orthopédique par les pessaires ne fait qu'aggraver le mal ; la pression de ces instruments finit par distendre davantage le vagin, de sorte qu'à un prolapsus peu accentué, on substitue une procidence totale de l'utérus.

Aussi ce mode de traitement ne convient-il, à titre provisoire, que chez de jeunes femmes à prolapsus utérin primitif, ayant conservé l'intégrité relative de leur périnée, et, à titre définitif, chez les

vieilles femmes dont l'atrophie sénile a rétréci le vagin.

Le massage de l'utérus, ou méthode de Thure-Brandt, jouit d'une grande vogue dans les pays scandinaves, en Russie, en Allemagne, et semble avoir donné quelques bons résultats.

Sielski, Strojnowski, von Preuschen, etc., s'en montrent satisfaits.

Von Preuschen guérit en 30 séances des prolapsus complets.

D'autres opérateurs furent moins heureux. Fillner, Winberg ont amélioré les prolapsus du premier degré, mais n'ont rien obtenu avec les prolapsus complets.

Winaver (de Varsovie) a réuni 40 cas de prolapsus traités par le massage ; dans 24 seulement il y eut guérison.

Le professeur Jentzer a constaté quelques résultats indéniables, mais personnellement il a eu peu de guérisons par la kinésithérapie ; Slaviansky (de Saint-Petersbourg) n'a rien obtenu par ce procédé.

La méthode de Thure-Brandt s'est encore peu acclimatée en France, malgré les réels services qu'elle pourrait rendre. Cela s'explique sans doute par les inconvénients qu'elle présente ; elle exige, en effet, des masseurs expérimentés et une grande patience de la part des malades ; d'autre part, la durée du traitement est assez longue, et les résultats en sont incertains.

D'autres moyens médicaux ont été proposés pour guérir les prolapsus.

On a recommandé différentes injections médicamenteuses sous la muqueuse vaginale, dans le but de produire une irritation locale et la formation d'un tissu scléreux plus résistant.

Michael a obtenu une guérison par l'injection répétée d'alcool absolu.

Inglis Parsons emploie une solution de sulfate de quinine : une guérison permanente dans 90 o/o des cas.

D'autres médecins se sont servis de vaseline ou de paraffine ; mais cette application de la méthode de Gersuny est encore trop récente pour qu'on puisse en juger la valeur dans le traitement du prolapsus.

En résumé, pessaires, hystérophores, kinésithérapie, injections médicamenteuses, ne sont pas capables de remplacer le traitement chirurgical, le seul rationnel à l'heure qu'il est.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Nous l'avons déjà dit, le nombre d'interventions proposées pour le traitement du prolapsus est considérable, mais c'est surtout dans le domaine chirurgical que l'on a montré le plus d'ingéniosité : depuis l'excision d'une partie de la muqueuse vaginale jusqu'à l'ablation complète des organes génitaux par la laparotomie, il n'y a guère d'interventions qui n'aient été préconisées.

« L'infinie variété des opérations proposées contre le prolapsus s'explique non seulement par la variété et la complexité des lésions, mais encore par les modalités diverses de son évolution et par l'interprétation différente que chacun donne de sa pathogénie. Les uns, en effet, mettent en première ligne l'insuffisance des agents de contention ; les autres, celle des moyens de suspension ; d'autres, enfin, admettent la solidarité d'action de ces deux ordres de facteurs. Or, le traitement ne doit pas tendre seulement à supprimer la lésion objective actuellement constatée, mais à prévenir sa récurrence en enrayant le processus. D'où la multiplicité des méthodes opératoires employées isolément ou diversement associées. » (Pichevin et Bonnet.)

On peut donc classer les opérations du prolapsus en :

1° *Opérations de contention.* — Elles ont pour but de rendre la résistance normale aux moyens de soutienement de l'utérus, par le rétrécissement du vagin et la réfection du plancher périnéal.

2° *Opérations de suspension.* — Elles sont destinées à suspendre l'utérus par lui-même ou par ses ligaments relâchés.

3° *Hystérectomie partielle ou totale.* — Dans ce cas, on enlève l'organe prolapsé qui, par son poids, a perdu le droit de domicile.

I. — **Opérations de contention.** — A cette catégorie se rapportent toutes les opérations plastiques sur le périnée et le vagin.

Ce sont : la colporrhaphie (antérieure et postérieure), l'élytrorrhaphie et la colpopérinéorrhaphie.

Ces opérations comportent de nombreux procédés, que nous ne décrirons pas ; on peut y joindre l'amputation du col, ce qui a pour effet de diminuer le volume et le poids de l'utérus.

Si le prolapsus est peu prononcé et que le périnée ait assez de résistance pour permettre une opération plastique, la colpopérinéorrhaphie suffit à guérir la lésion.

Mais trop souvent, dans les cas avancés, ces méthodes opératoires échouent complètement, et il se produit une récurrence. Il en a été ainsi dans l'observation qui est à la base de cette thèse (1).

Voici, au sujet des résultats obtenus par ces procédés, quelques statistiques :

Mangin opère 105 femmes atteintes de prolapsus moyen (matrice à l'orifice vulvaire) ; élytrorrhaphie et amputation du col ; 91 guérisons durables.

La colporrhaphie double a donné à Niebergall 29 guérisons sur 34 opérées. La colporrhaphie simple, 28 guérisons seulement sur 36 opérés.

Richelet, par la colporrhaphie, obtient 13 0/0 de récurrences.

Munchmeyer, dans 14 opérations portant sur la paroi vaginale antérieure, a 10 succès ; dans 55 portant sur la paroi postérieure seule, 43 succès. Dans les opérations faites à la fois sur les parois anté-

1. Cf. Obs. V.

rière et postérieure, il compte 40 guérisons sur 50 cas opérés en un seul temps ; 17 guérisons, sur 20 cas opérés en deux temps.

« Dans le prolapsus au premier degré, l'élytrorrhaphie avec amputation du col, la périnéorrhaphie, ont donné 100 o/o de guérisons. » (Krükowa.)

Il est d'autres opérations de contention, destinées à rétrécir et à consolider le vagin, nous allons rapidement les énumérer.

Le Fort, à l'exemple de Neugebauer, réunissait, après avivement de forme rectangulaire, la paroi postérieure à la paroi antérieure du vagin pour enrayer la descente de la matrice, autrement dit, faisait le cloisonnement du vagin. La technique en est facile, le danger presque nul, et les résultats satisfaisants si l'utérus n'a pas un volume et un poids trop considérables. L'inconvénient est, qu'en cas de grossesse, on est très souvent obligé de sectionner la cloison nouvellement formée, ce qui permet au prolapsus de se reproduire.

Freund, imitant les vieux procédés de Bellini et de Blasius, passe une série de fils d'argent parallèles et de haut en bas sous la muqueuse vaginale ; les fils pénètrent et sortent par le même point ; on obtient, en les serrant, une stricture du vagin, qui malheureusement n'est pas toujours définitive. Freund aurait eu 6 succès sur 6 ; mais Goertig a compté 4 récurrences, 1 résultat inconnu, sur 7 malades opérées par ce procédé.

Jacobs, sous le nom de colpostricture ou pessaires

multiples, fait la même opération en substituant aux fils d'argent des crins de Florence, mais après hystérectomie vaginale.

Enfin signalons, pour mémoire, les procédés de Gubaroff, de Péan et de Franck.

Quant à l'opération de Müller, elle se classe naturellement parmi les opérations de contention, comme on le verra dans la seconde partie de ce travail.

II. — Opérations de suspension. — Les unes, indirectes, portent sur l'appareil ligamentaire de l'utérus, les autres s'adressent directement à la matrice qu'elles fixent artificiellement.

Parmi les premières, nous avons le raccourcissement des ligaments ronds ou opération d'Alquié-Alexander, avec toutes les modifications apportées à cette méthode par Rocher, Rumpf, etc., et y compris le plissement intra-péritonéal du ligament rond, préconisé entre autres par Werth.

Certains opérateurs, Polk, Maltakowski, etc., ont pratiqué l'opération d'Alexander avec succès à l'exclusion de tout autre acte opératoire. Elle ménage cependant de nombreuses déceptions, si l'on n'y adjoint pas la restauration du plancher pelvien.

Kochs a proposé le raccourcissement des ligaments larges par le vagin en les ramenant de part et d'autre et les suturant au-devant de l'utérus.

Frommel a tenté, sans succès, de raccourcir, après laparotomie, les ligaments utéro-sacrés.

Parmi les opérations destinées à provoquer direc-

tement une adhérence entre l'utérus et la paroi abdominale, nous mentionnerons les différentes méthodes d'hystéropexie de Léopold, d'Olshausen, etc., qui portent soit sur le corps de l'utérus lui-même, soit sur l'insertion utérine des ligaments ronds.

Byford fait une opération qui vise à suspendre en même temps la vessie et le vagin : c'est la colpocystorrhaphie.

Kiriak fait une hystéro-cysto-ventropexie :

1° Il fixe la paroi antérieure de la vessie à la paroi abdominale ;

2° La face antérieure de la matrice à la face postérieure de la vessie ;

3° L'utérus lui-même à la paroi abdominale.

C'est une opération complexe et laborieuse, dont on connaît peu à l'heure actuelle les résultats.

Toutes ces fixations utérines présentent parfois un grand danger lors d'une grossesse ultérieure, et plusieurs cas graves de dystocie ont été relatés à la suite de ces opérations. Aussi, pour beaucoup d'auteurs, ne semblent-elles permises qu'après l'âge de la procréation.

Certes, qu'elles soient directes ou indirectes, ces opérations de suspension ont donné assez souvent de bons résultats *temporaires*, rarement définitifs.

Elles ne peuvent, en effet, remplacer les soutiens naturels de l'utérus, c'est-à-dire le plancher pelvien, le périnée et le vagin. C'est donc la réfection du plancher pelvien qui sera toujours l'opération prin-

cupale ; sans elle, toutes les fixations de la matrice ne seront bien souvent qu'illusoires.

P. Müller en cite un exemple frappant : pour un prolapsus utérin, il fait une hystérectomie sus-vaginale et suture le pédicule dans l'angle supérieur de la plaie abdominale. Pas d'opération plastique sur le périnée. Au bout de quelque temps il se produisit une récurrence.

Donnons maintenant quelques statistiques de ces diverses opérations.

Jacobs fait 11 hystéropexies abdominales ; 10 récidives.

Panhut, sur 55 cas d'hystéropexie, relève 3 cas de mort (5,4 0/0) ; sur 50 cas revus, il y a :

19 0/0 de récidives ;

15 0/0 d'améliorations ;

60 0/0 de guérisons.

Polic, par la méthode d'Alexander, a obtenu 15 succès dans 15 cas où l'utérus était petit.

Imlach, par la même méthode, opère 9 cas de prolapsus complets de l'utérus : chez 3 femmes qui avaient plus de soixante-dix ans, il obtient 1 guérison et 2 récidives. Sur 3 femmes qui étaient âgées de vingt-trois à vingt-neuf ans, mêmes résultats : 2 récidives, 1 guérison.

Ainsi, nous voyons que tous ces modes opératoires sont susceptibles de donner des succès dans les cas de prolapsus légers ; mais dans les cas où l'utérus est gros, les parois du vagin élargies et le périnée relâ-

ché, aucun d'eux n'est suffisant ; à brève échéance, il y a récédive.

Nous parlerons ici d'une opération ingénieuse qui, à strictement parler, ne peut être classée dans aucune des trois catégories établies plus haut, celle qu'a proposée A.-W. Freund.

Ce chirurgien se sert de l'utérus lui-même comme d'une espèce de pelote pour contenir l'utérus : il incise le cul-de-sac postérieur du vagin, renverse l'utérus et en fixe le fond à la plaie vaginale ; puis il suture la face antérieure de la matrice à la paroi antérieure du vagin, qu'il avive préalablement. Mais en faisant basculer l'utérus, le museau de tanche se trouve rapporté en haut et l'utérus ne peut plus se vider ; aussi faut-il faire un orifice artificiel dans le fond du corps utérin. Si ce n'était ce grave inconvénient, cette opération serait excellente, elle a donné des résultats encourageants.

III. — **Hystérectomie.** — L'ablation de l'utérus a été proposée comme mesure radicale, mais l'expérience a démontré que l'hystérectomie en elle-même ne donne pas plus de résultats que les procédés de suspension, et qu'il est utile d'y ajouter des opérations plastiques.

Suivant les cas, on a fait une hystérectomie partielle ou une hystérectomie totale.

Par l'amputation vaginale du col selon la technique de Schröder, ou par l'amputation sus-vaginale, on allège le poids de l'utérus, et on facilite son relèvement ; mais ce n'est là le plus souvent qu'un

temps opératoire presque toujours utile d'une opération plus complexe.

L'hystérectomie partielle par la voie abdominale est rarement pratiquée dans la cure du prolapsus.

L'hystérectomie totale, par la même voie, n'est guère justifiée, à moins de lésions ou de tumeurs utérines ou annexielles qui en fournissent l'indication principale; aussi fait-on plus volontiers l'hystérectomie par la voie vaginale.

Ce sont là des opérations relativement graves. L'hémorragie et la blessure de la vessie sont des accidents souvent signalés : Lucas-Championnière, Pozzi, Zolonitsky, Lebidoff, etc., ont eu à compter avec les hémorragies, ce qu'expliquent la varicosité et l'artério-sclérose si développées dans les vieux prolapsus.

Le Dentu a signalé l'ouverture de la vessie.

Quénu, Lejars, Hartmann, etc., ont observé l'excès d'adhérence de la vessie et la difficulté de son décollement.

En 1894, Zolonitsky, dans un relevé de 130 opérations, a trouvé 9 morts par complications diverses.

Hartmann et du Bouchet, sur 55 cas, relevèrent 5 cas de mort (2 par péritonite, 1 par pyélonéphrite, 1 par choc, 1 par paralysie cardiaque).

Sur 137 cas opérés, Panhut a relevé :

Guérisons	Améliorations	Récidives	Morts
77,4 o/o	13,8 o/o	8,8 o/o	8 o/o

Zolonitsky donne, au point de vue des récidives, la statistique suivante :

	Récidives manifestes	Tendance à la récidive	Total
Opérations simples 62.....	7 (11,3 0/0)	16 (25 0/0)	23 (37 0/0)
Opérations doubles 64.....	7 (10 0/0)	4 (6,2 0/0)	11 (17,2 0/0)
126.....	14 (11,10 0/0)	20 (16 0/0)	34 (27 0/0)

Devant ces résultats si peu satisfaisants, certains chirurgiens, Martin, Fritsch, Edelohts, en sont arrivés à faire, outre l'hystérectomie, une colpectomie étendue. C'est la guérison certaine et absolue, mais c'est une opération bien grave, surtout quand il s'agit de vieilles femmes chez qui on ne peut songer à une longue anesthésie et à une intervention chirurgicale sérieuse.

Aussi P. Müller eut-il l'idée de ne conserver de cette opération complexe que le second temps : en ne faisant que la colpectomie sans hystérectomie préalable ou consécutive, il diminuait considérablement la gravité de cette intervention, et il en conservait tout le profit.

OPÉRATION DE MÜLLER

L'opération de Müller consiste en une résection totale ou presque totale de la muqueuse vaginale, suivie d'une columnisation de la surface ainsi cruentée. Elle a donc pour but d'occlure le vagin au-dessus de la vulve et de fermer par en bas le périnée. Elle remplace la cavité vaginale par une colonne cicatricielle qui supportera la matrice et constituera ainsi un obstacle à la reproduction du prolapsus.

Quant à l'utérus, on ne s'en occupe guère dans cette opération, il est simplement refoulé, et l'expérience nous apprend qu'il s'atrophie dans la suite.

Nous commencerons l'étude de l'opération de Müller par son histoire aussi complète que possible ; puis nous en donnerons la technique opératoire, avec les principales modifications proposées ; enfin, dans une série de courts chapitres, nous en discuterons les indications, les avantages, les suites opératoires, les résultats, tant au point de vue des récidives que de la mortalité.

Historique. — C'est en 1896 que le professeur P. Müller (de Berne) fit connaître son opération à une réunion de la *Deutsche Naturforsch. Gesellschaft*. Depuis elle fut pratiquée par plusieurs gyné-

cologues étrangers, mais les observations publiées sont encore assez peu nombreuses pour pouvoir être comptées.

En 1898, Wormser, in *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, publie 8 cas opérés dans la clinique du professeur Müller avec des résultats excellents.

Puis ce sont 8 cas de Pflautz (de Vienne) ; 1 cas de Martin pour un prolapsus total chez une femme de soixante-dix-huit ans ; et 1 cas de Bumm où il s'agissait d'une femme de soixante-quatre ans anesthésiée par la méthode de Schleich. Les résultats en furent heureux.

Ce sont encore 1 cas de Bröse, 1 cas de Stocker publié en 1900 et 3 cas du professeur Freund publiés en 1901 : tous résultats favorables.

En 1902, de Fellenberg, in *Beiträge zur Geburtssch. und Gyn. Hegar*, rapporte 1 cas dans lequel le prolapsus de la matrice et la colpocèle complète se compliquaient d'une inversion utérine ; Müller négligea la toilette de la muqueuse de l'utérus infectée ; celle-ci continuant à sécréter empêcha la réunion de la plaie. Une seconde intervention fut nécessaire et guérit la malade.

La même année, Biehly, élève de Müller, donne dans sa thèse, *die Kolpektomie als prolapsoperation*, les observations de 25 malades opérées à la clinique de Berne. Toutefois ces 25 cas ne sont pas tous inédits, ainsi que semblent l'avoir cru les auteurs qui, dans la suite, reprirent cette question. Ils

englobent les 8 cas de Wormser publiés en 1898. et Biehly le dit explicitement :

« Mir stehen gegenwärtig 25 an der Berner klinik auf diese Weise operierte Fälle zur Verfügung (die von Dr. Wormser beahrieben sind mitgerechnet). »

Sur ces 25 cas, 1 cas de mort par péritonite non imputable au procédé opératoire est signalé. Nous aurons à en discuter au paragraphe consacré à la mortalité de la colpectomie.

Puis Biehly nous indique les résultats éloignés de cette opération. Il nous dit quel est, en août 1901, l'état des femmes qui furent opérées, la première le 31 janvier 1896, et la dernière le 21 mai 1901. Pour 4 d'entre elles, on n'a pu recueillir aucun renseignement. Les 20 autres sont tout à fait satisfaites de l'intervention ; aucune récurrence.

Von Erlach de Vienne a pratiqué plusieurs fois l'opération de Müller, et toujours il a obtenu d'heureux résultats. Il est à regretter que ces cas n'aient pas été publiés, il n'en a été fait mention qu'incidemment au cours d'une discussion dans une Société médicale de Vienne.

En 1903, M^{lle} Vera Krükowa rapporte 2 nouveaux cas opérés dans la clinique gynécologique et obstétricale du professeur Jentzer (de Genève) ; résultats heureux (voy. obs. I et II).

En mai 1905, *in Americ. med.*, C. C. Cumston of Boston, traduit une grande partie de la thèse de Krükowa, puis ajoute :

« Dans ces dernières années, j'ai eu trois fois re-

cours à cette opération, j'en ai obtenu des résultats aussi excellents que possible, quoi qu'il soit prématuré de dire quel en sera le résultat éloigné. Je suis toutefois très satisfait de cette intervention qui n'offre pas beaucoup de risques et qui conséquemment est indiquée chez les femmes d'âge avancé ».

Ce sont donc 3 cas nouveaux et très heureusement terminés ; aussi Cumston se rallie-t-il à l'opération de Müller.

Tandis qu'à l'étranger, en Allemagne, en Autriche, à Berne, à Genève, aux Etats-Unis, les observations se multiplient ainsi, aucune n'est relatée dans la littérature médicale française.

Ce n'est qu'en 1906 que M. Savariaud, après avoir lu une analyse de la thèse de Krükowa dans la *Revue de Gynécologie* du professeur Pozzi, pratiqua deux fois l'opération de Müller ; les suites en furent excellentes (voy. obs. III et IV).

A ce nombre déjà grand d'observations, il importe d'ajouter les 20 colpectomies de la clinique de Deglin que l'on trouve rapportées in *Gynæk. Rundschau* (Jaeggy, *Die Kolpektomie nach P. Müller*) et qui donnèrent de bons résultats.

Le tableau suivant est l'histoire résumée de l'opération de Müller :

	Nombre d'observations
Wormser.....	8
Pflantz.....	8
Martin.....	1
Bumm.....	1
Brøese.....	1
Stocker.....	1
Freund.....	3
de Fellenberg.....	1
Biehly.....	25 — 8 = 17
Von Erlach.....	X
Krükowa.....	2
Cumston.....	3
Savariaud.....	2
Clinique de Deglin (Jaeggy).....	20
	68

Sur ces 68 cas, on a :

Résultats heureux	Récidive	Mort
66	1	1

(de Fellenberg) (Biehly).

A ces 68 observations, nous ajoutons 1 cas (voÿ. obs. V) que nous avons observé à la clinique du professeur Albarran, et qui fut opéré avec succès par le D^r Papin ; ce qui nous donne le nouveau tableau :

Opérations	Résultats heureux	Récidive	Mort
69	67	1	1
		(de Fellenberg)	(Biehly)

Technique opératoire. — L'opération de Müller peut être décomposée en quatre temps :

Premier temps. — On place une pince sur le col utérin et on attire la matrice fortement au dehors. Le vagin se trouve ainsi complètement éversé, ses parois recouvrent l'utérus prolabé ; les culs-de-sac vaginaux s'effacent, et il n'en reste plus qu'un petit sillon qui se trouve au niveau de l'insertion du vagin au périnée. On trace alors au ras de la vulve une incision circulaire n'intéressant que la muqueuse. Pour ce faire, on abaisse l'utérus de façon à avoir sous les yeux la paroi vaginale antérieure, on porte le bistouri à gauche (il s'agit de la gauche de l'opérateur) et à 1 centimètre et demi au-dessous du sillon sus-indiqué, on coupe d'un seul trait en passant à 1 centimètre du méat uréthral et on s'arrête à droite. Le prolapsus est rapidement relevé de façon à montrer la paroi vaginale postérieure, et l'on réunit d'un coup de bistouri les deux extrémités de l'incision antérieure.

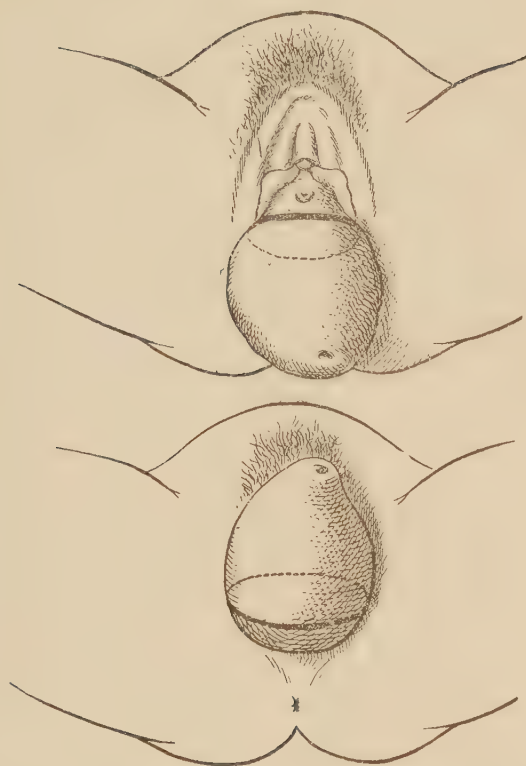


Fig. 1 et 2. — Section circulaire de la muqueuse vaginale
(D'après M. Savariaud)

Deuxième temps. — Les deux lèvres de la section se sont rétractées. On prend avec des pinces la lèvre inférieure, et soit par quelques coups de bistouri, soit par de simples tractions, l'on dépouille « comme un animal de sa peau » le prolapsus de la muqueuse vaginale qui le recouvre. Il arrive parfois que ce temps est un peu laborieux, lorsque la muqueuse est unie à la paroi vaginale sous-jacente par des tractus et des adhérences fibreux consécutifs à une opération antérieure ; c'était le cas pour l'opérée de l'obser-

vation V. Lorsque l'on est arrivé à l'insertion de la muqueuse sur le col, on la détache sans plus, si le col est petit et sain. S'il est gros et enflammé, on l'ampute plus ou moins haut par un coup de ciseaux.

Le danger de ce temps n'est pas dans l'hémorragie qui est très modérée, mais dans le voisinage de la vessie et du péritoine ; on n'aura rien à craindre si l'on n'enlève que la muqueuse.

Troisième temps. — Après le deuxième temps, presque toute la muqueuse vaginale se trouve enlevée (il n'en reste qu'une étroite collerette en continuité avec la muqueuse vulvaire), et le vagin est transformé en une vaste surface cruentée, qu'il faut colonniser par plusieurs étages de sutures. Pour cela, on réduit d'abord l'utérus, puis on accole les parois latérales du vagin soit par un surjet, soit par une série de sutures en bourse échelonnées sur toute la hauteur de la plaie vaginale ; on passera tous les fils avant de serrer et l'on serrera de la profondeur à la superficie en réduisant au fur et à mesure.

Et c'est la réunion de cette plaie qui donnera plus tard la colonne cicatricielle sur laquelle reposera l'utérus.

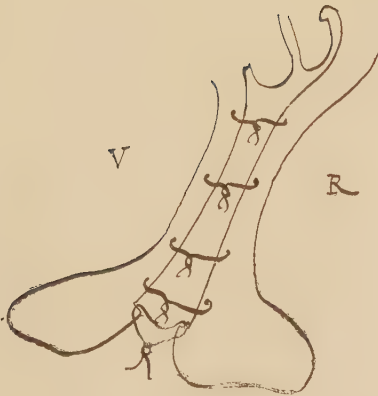
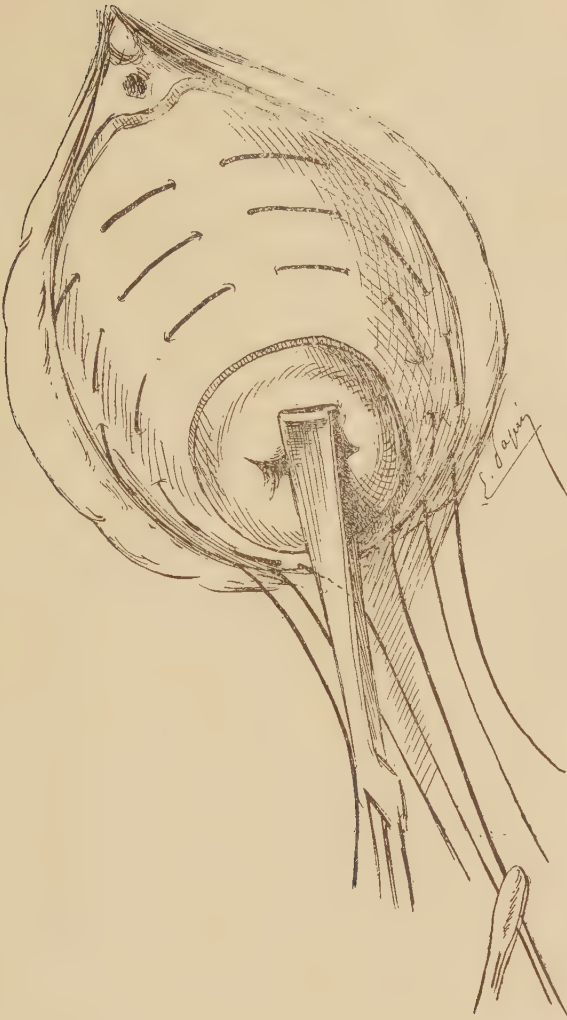


Fig. 3 et 4

Quatrième temps. — Il consiste simplement à suturer en fente longitudinale, par quelques points à la soie ou au crin de Florence, l'étroite bandelette de muqueuse que l'on a laissée à l'orifice du vagin.

Nous venons de décrire l'opération de Müller, sans nous occuper des modifications ou des adjonctions que divers chirurgiens et Müller lui-même y ont apportées ; nous allons faire maintenant la description rapide de quelques-unes de ces variantes.

Müller exposa au Congrès de Francfort, en 1896, par quel moyen bien simple il avait pu étendre son procédé à des femmes ayant encore leurs règles, mais ayant renoncé aux rapports sexuels. Dans ce cas il ne refoule pas la matrice, mais il avive le col et le suture au niveau de la plaie produite par l'excision du vagin. Ainsi persiste la communication de la cavité utérine avec l'extérieur, d'où aucun obstacle à l'écoulement des menstrues.

Stocker, de Lucerne, a opéré par un procédé analogue une femme de cinquante-deux ans, chez laquelle, chaque mois, s'établissait encore le flux cataménial ; nous ne pouvons insister sur cette opération, dont on trouvera les détails techniques in *Centralblatt für Gynækologie*, 1900, page 1227.

Savariaud, en 1906, a apporté deux modifications à l'opération de Müller, sans pour cela en altérer l'idée primitive.

1^o Dans le second de ses 2 cas (obs. IV), il n'a pas fait les sutures en bourse du troisième temps, mais il

s'est contenté, après avoir refoulé l'utérus, de drainer l'espace mort qui résulte du dépouillement du vagin, et cela probablement parce que la malade présentait « des signes de métrite, pertes blanches, métrorragies, douleurs dans les reins ».

2^o Chez sa première opérée (obs. III), Savariaud fait la colpectomie suivant le procédé de Müller et obtient un résultat éloigné satisfaisant ; mais il remarqua que la vulve était béante et que la paroi vaginale bombait sous l'effort.

C'est alors qu'il eut l'idée d'ajouter un *cinquième temps* à l'opération de Müller (obs. IV). Dans ce dernier acte opératoire, il restaura le périnée relâché par une colpopérinéorrhaphie, et il obtint un résultat éloigné tout à fait excellent : vulve très étroite, périnée résistant soutenant la paroi vaginale.

Satisfait d'un tel succès, Savariaud dit dans ses conclusions : « Toutes les fois que cela sera possible, à l'opération de Müller j'ajouterai une colpopérinéorrhaphie. »

Indications. — Contre-indications. — Il est bien évident qu'on n'aura le droit de recourir à cette opération que si les malades ont atteint l'âge de la ménopause ; c'est dire assez que chez une femme encore jeune, on ne sera que rarement autorisé à la faire. Si toutefois le cas se présentait et qu'on voulût employer le procédé de Müller chez une femme ayant encore ses règles, on serait obligé de modifier l'opération ainsi que l'ont fait Stocker et Müller lui-même.

La colpectomie est indiquée dans les grands prolapsus utérins, c'est-à-dire dans les prolapsus du second et du troisième degré. Dans les prolapsus du premier degré, alors qu'il n'y a qu'abaissement de l'utérus, il nous paraîtrait excessif d'y avoir recours chez une femme âgée : le traitement médical pourra souvent suffire.

L'opération de Müller est contre-indiquée, par la plupart des auteurs, chez les femmes qui n'ont point renoncé aux relations conjugales, le vagin se trouvant réduit, après l'opération, à un cul-de-sac de quelques centimètres.

M. Savariaud fait des réserves à ce sujet : chez ses deux malades, le vagin avait récupéré sa longueur primitive et était capable d'admettre un spéculum. Ce n'est pas là un résultat négligeable, et Savariaud se félicite d'avoir conservé à ses opérées la possibilité du coït. Mais comment un simple cul-de-sac s'est-il transformé en un conduit de la longueur du doigt, c'est ce que Savariaud ne peut dire, il a tendance « à l'attribuer aux pansements vaginaux et à la rétraction cicatricielle de la colonne vaginale ».

L'opération de Müller n'est pas contre-indiquée dans le cas d'écoulement métritique peu abondant, si elle est précédée d'un curettage et d'une cautérisation de la cavité utérine.

Suites opératoires et avantages.— Les suites opératoires sont des plus simples ; les malades, d'après Müller, pourraient se lever, sans inconvénient, dès

le cinquième jour, alors qu'il faut un repos au lit d'au moins douze jours après une hystérectomie. C'est là un avantage très grand si l'on considère que l'opération de Müller s'applique à des femmes déjà âgées, chez lesquelles le décubitus dorsal prolongé présente un danger très appréciable.

En outre, la colpectomie est une opération très facile à faire, que l'on peut exécuter, d'après l'auteur, en dix ou quinze minutes.

Savariaud pense qu'il faut une habileté exceptionnelle et une longue habitude pour mener aussi rapidement cette intervention.

Dans son premier cas, il a pu faire son opération en une demi-heure. Pour son second cas, il lui a fallu plus de temps ; c'est qu'il ajouta un cinquième temps à la colpectomie de Müller : la colpoperinéorraphie ; et il est bien évident que ce complément opératoire a dû allonger considérablement la durée de l'opération. Toutefois, lorsque les circonstances le permettront, on ne devra pas hésiter à ajouter la colpoperinéorraphie à la colpectomie, si le résultat doit en être meilleur.

Enfin, l'opération de Müller présente cet avantage considérable, surtout chez les vieilles femmes, qu'elle pourra être effectuée sans anesthésie générale.

L'infiltration par une solution de cocaïne, suivant la méthode de Schleich, est parfaitement suffisante pour rendre cette intervention indolore.

Bienhy cite le cas d'une malade opérée par le

Dr Koenig après anesthésie du vagin et qui n'accusa aucune espèce de douleur, à part le malaise que la position gynécologique occasionne chez toute vieille femme.

Savariaud nous dit d'autre part qu'une femme opérée de cette façon ne se plaignit qu'au moment où on lui brossait le vagin.

Ainsi jamais d'accident, ni pendant, ni après l'opération, malgré l'âge défavorable des malades. L'opération de Müller est une opération d'une bénignité absolue, que l'on pourra faire chez toute vieille femme, sans aucune limite d'âge.

Objections. — A quoi attribuer le peu de faveur accordée à une opération qui a de tels avantages ? Quelles critiques soulève-t-elle ?

Théoriquement, une objection se présente de suite à l'esprit : l'utérus ne communiquant plus avec l'extérieur par le vagin, un hydromètre doit inévitablement se former. C'est là une crainte qui a été souvent formulée, et il est possible, comme dit Krükowa, qu'une malencontreuse faute d'impression qui s'est glissée dans le travail de Wormser, n'y soit pas étrangère. Dans ce travail, on lit en effet que dans un cas, *in einem Fall*, on a constaté de l'hydrométrie, tandis qu'il voulait dire dans aucun cas, *in keinem Fall*.

Par des raisons théoriques, Müller a réfuté cette objection, et l'expérience lui a donné raison. Dans aucun cas, on n'a observé d'hydromètre, d'accumulation de sérosité dans la matrice, de pyométrie.

Si d'ailleurs l'on craignait une sécrétion persistante de la muqueuse utérine, on n'aurait qu'à faire précéder l'opération proprement dite d'un curettage et d'une cautérisation de la cavité de l'utérus.

Mais, en règle générale, chez les vieilles femmes, après la ménopause, la muqueuse utérine s'atrophie, l'utérus lui-même s'atrophie après l'opération, et aucune sécrétion ne persiste. Donc la crainte d'un hydromètre est toute chimérique, et ne devra jamais influencer le chirurgien.

On a fait une autre critique à l'opération de Müller, on a dit que l'utérus, par pression sur la cicatrice, pourrait produire une récurrence ; Wormser, par les résultats éloignés de la colpectomie, a prouvé que cette objection était sans valeur. L'ablation de l'utérus n'est point du tout nécessaire pour la cure complète du prolapsus, et Richelot a raison de dire que « l'anaplastie est la base du traitement et l'hystérectomie n'est qu'une opération préliminaire ».

Enfin l'opération de Müller a l'inconvénient de supprimer le coït avec pénétration ; mais les observations de Savariaud nous prouvent que ce n'est là qu'une objection relative ; dans ses deux cas, il s'est formé un nouveau vagin de la longueur du doigt, capable d'admettre un spéculum, et de permettre le coït.

Récidives. — Nous avons signalé, au cours de l'histoire de l'opération de Müller, le cas publié par de Fellenberg, où il y eut récurrence. Nous avons vu qu'il s'agissait d'une femme atteinte simultanément

de prolapsus et d'inversion utérine, et chez laquelle Müller négligea la toilette de la muqueuse de l'utérus ; la plaie suppura, il fallut intervenir de nouveau pour guérir la malade.

A part ce cas, où il y eut faute opératoire, on n'a jamais noté de récurrence.

Dans tous les autres cas, en effet, la guérison s'est maintenue, certaines des opérées, suivant le procédé de Müller, ont été revues six ans après l'opération, leur état de santé est resté satisfaisant.

Mortalité.— Ainsi que nous l'avons vu en faisant l'histoire de la colpectomie de Müller, sur plus de 70 opérations, on ne cite qu'un cas de mort. Ce cas est consigné dans la thèse de Biehly, sans aucun commentaire.

Krükowa, dans son travail inaugural, nous dit à ce sujet : « Il résulte des renseignements que le Dr de Fellenberg, chef de clinique du professeur Müller, a bien voulu fournir au Dr Kœnig, qu'il s'agissait d'une femme atteinte de démence sénile. Celle-ci, outre son prolapsus, avait une cystite ; après l'opération, qui ne présenta rien de particulier, on ne put l'empêcher d'arracher son pansement et de manipuler la plaie avec ses doigts souillés d'urine. » Par suite, l'infection se propagea au péritoine, et la malade mourut de péritonite.

On voit donc que cette mort n'est pas imputable au procédé de Müller, il est vraisemblable que l'on aurait eu le même résultat avec toute opération préconisée contre le prolapsus.

D'où l'on peut conclure qu'aucun cas de mort n'est attribuable à la colpectomie, et que l'opération de Müller est une opération sûre, qui donne 100 o/o de guérisons.

OBSERVATION I

(Vera Krūkowa. — Thèse de Genève, 1903.)

Colpectomie dans le prolapsus

Malade, âgée de soixante-seize ans, entrée le 21 mai 1900 (dans la clinique gynécologique et obstétricale de M. le professeur Jentzer, à Genève).

Antécédents personnels. — Elle a eu quatre enfants. Depuis la naissance de son dernier enfant, il y a trente-deux ans, elle a un prolapsus utérin. Elle porte un pessaire qui l'a blessée. C'est pour cela que la malade vient à la consultation.

Examen actuel. — Prolapsus utérin, accompagné de cystocèle et de rectocèle ; le col est hypertrophié.

Au spéculum, on trouve quelques petites ulcérations peu étendues dans le cul-de-sac postérieur et surtout dans le cul-de-sac latéral gauche.

L'opération est pratiquée le 7 juin :

1° On fait le curettage.

2° Extirpation du vagin par le procédé de Müller.

9 juin. — Le tampon est imbibé, la plaie est très bien, l'état général excellent.

12 juin. — La malade va très bien.

20 juin. — On enlève les fils ; la malade va très bien.

28 juin. — La malade se lève.

7 juillet. — La malade sort guérie.

En avril 1902, la malade fut revue et examinée par M. le professeur Jentzer, pas de récurrence. A la place du vagin on constate par le toucher rectal une colonne cicatricielle sur laquelle repose l'utérus, situé normalement.

OBSERVATION II

(Vera Krükowa. — Thèse de Genève, 1903.)

Colpectomie dans le prolapsus

La malade, âgée de cinquante-trois ans, atteinte de démence précoce, a fait un séjour à la maternité pour un prolapsus utérin ; le 20 août de cette année on lui a fait une colporraphie antérieure et postérieure, et une périnéorrhaphie. Elle revient le 18 novembre avec une récurrence.

Status. — Femme de petite taille, maigre, hauteur du corps 145 centimètres. Bassin rétréci.

L'opération a lieu le 26 novembre.

Narcose à l'éther.

Oblitération du vagin par la méthode de Müller.

Pansements à la gaze iodoformée.

27 novembre. — Va très bien, apyrétique.

15 décembre. — Exécuté, guérison par première intervention.

OBSERVATION III

(M. Savariaud. — *In Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, nov. 1906.)

Colpectomie totale pour prolapsus

M^{me} Brissot, cinquante-cinq ans, veuve, n'ayant jamais eu d'enfants, domestique, entre à Lariboisière dans le service de M. le D^r Reynier, pour se faire opérer d'un prolapsus très gênant.

Il s'agit d'une chute complète de l'utérus qui pend entre les cuisses de la malade, dès que celle-ci se met debout. L'organe, d'ailleurs, est sain, plutôt petit et indolent ainsi que les annexes. A noter seulement une ulcération du museau de tanche, produite par les frottements continuels. La muqueuse du vagin est cutinisée.

La malade ne souffre pas, mais elle est très gênée dans son travail et demande à être soulagée.

22 janvier. — Je pratique sous chloroforme l'opération de Müller, c'est-à-dire la colpectomie totale avec conservation de l'utérus. Le col qui est très petit étant fixé avec des pinces et attiré fortement au dehors, je sectionne circulairement le vagin au ras de la vulve. Toute la partie inscrite dans la circonférence est disséquée jusqu'au museau de tanche.

A ce niveau, l'adhérence de la muqueuse, d'une part, d'autre part l'ulcération de cette dernière me décident à trancher dans le muscle lui-même. J'excise ainsi quelques millimètres du museau de tanche.

Hémorragie très modérée; 4 ou 5 catguts font l'hémotase.

La fermeture du vagin est faite de la façon suivante : d'abord, le vagin dépouillé de la muqueuse est colonnisé par 4 fils en bourse, qui affrontent ses parois cruentées après refoulement du col dans la profondeur.

Ce temps de l'opération a pour but de transformer le vagin en une colonne fibreuse longue et mince, et de faire disparaître l'espace mort qui résulte de son refoulement.

Le second temps consiste à réunir, sur la ligne médiane, les lèvres de l'incision circulaire du vagin par un surjet continu au catgut.

Revue le 16 juillet 1906. Interrogée, elle répond qu'elle va bien, mais qu'elle éprouve une douleur sourde du côté gauche; elle ne peut dire, d'ailleurs, si cette douleur n'existait pas avant l'opération.

L'examen montre une vulve béante qui, pendant l'effort, mesure 3 centimètres et demi dans un sens et 2 centimètres dans l'autre. A travers cette vulve bombe légèrement la paroi vaginale antérieure sur laquelle on remarque une cicatrice.

Cette cicatrice a un peu cédé en ce sens qu'elle n'est pas linéaire. *Le vagin a sa longueur normale*; il admet un spéculum ordinaire. Par le toucher et le palper combinés, il est facile de sentir un petit utérus. Du côté gauche, on arrive sur des annexes un peu grosses et un peu sensibles. C'est à ce niveau que la malade accuse sa douleur spontanée et intermittente. Cette douleur, je le répète, est peu intense et ne gêne pas sérieusement la malade.

OBSERVATION IV

(M. Savariaud, in *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*,
nov. 1906.)

*Colpectomie totale avec amputation du col
et colpopérinéorrhaphie.*

M^{me} Jugew..., soixante-trois ans, domestique, séparée de son mari, m'est envoyée par le Dr Morin pour se faire opérer d'un prolapsus complet avec large ulcération du col. Elle présente aussi des signes de métrite, pertes blanches, métrorragies, douleurs dans les reins.

L'opération est faite le 30 avril 1906, sous chloroforme. Colpectomie totale, en ne conservant qu'une collerette de 1 à 2 centimètres du vagin, juste suffisante pour la suture. Amputation élevée du col qui est hypertrophié et atteint de métrite. Le corps a à peine le volume d'une noix, il est donc très atrophié. Fermeture par deux points de la cavité corporelle, qui est saine. Colporraphie dans le sens longitudinal.

Le périnée étant fortement endommagé, on complète l'opération par une colpopérinéorrhaphie postérieure (résection d'un petit triangle de paroi vaginale postérieure et suture par deux points profonds des muscles et bulbes périméaux).

Revue le 13 juillet, elle se trouve en parfait état. Les symptômes de métrite ont complètement disparu. Localement, la vulve est étroite, n'admet même pas deux doigts. Le périnée est haut de 4 centimètres, formé de parties fibreuses et musculaires. *Le vagin a la longueur de l'index*, il se termine par un cul-de-sac étroit, au fond duquel il est impossible de

sentir l'utérus, même en déprimant la paroi abdominale. L'introduction d'un spéculum de petit calibre est assez facile.

Et commentant cette observation. M. Savariaud ajoute :

Je crus devoir compléter la colpectomie totale par une amputation élevée du col (à cause de la métrite) et par une colpopérinéorraphie ordinaire, que je fis suivant le procédé d'Hégar avec cette seule différence que j'emploie, pour suturer les muscles périnéaux et les releveurs, une suture perdue. Le résultat constaté quelques mois après s'est montré excellent, mais ici encore grande a été ma surprise en constatant, à la place du petit cul-de-sac qui existait après l'opération, un vagin très étroit sans doute (il était rétréci par la colpopérinéorraphie), mais de longueur normale et capable de recevoir un *spéculum virginis*.

OBSERVATION V (Inédite)

*Colpectomie totale pour prolapsus. — Opération faite par
M. le Dr Papin, chef de clinique adjoint*

M^{me} X... , concierge, cinquante et-un ans, n'est pas réglée depuis dix-huit mois.

Est envoyée à l'hôpital Necker pour gros prolapsus de l'utérus.

La malade bien réglée jusqu'à sa ménopause a eu deux enfants, a été déchirée à son dernier il y a vingt ans. Depuis s'est constitué peu à peu le prolapsus utérin avec cystocèle et rectocèle.

Quand la malade pousse, on voit sortir le col utérin qui

n'est pas hypertrophié et la vessie et le rectum : l'ensemble de la tumeur est à peu près du volume d'une tête d'enfant.

On a fait il y a trois mois une périnéorraphie dans un autre hôpital : rien n'a tenu.

Le périnée est très mauvais : il n'y a rien à tenter de ce côté.

Après avoir songé à l'hystérectomie, je décide d'essayer la colpectomie suivant le procédé de Müller.

Opération en juillet 1909.

Chloroforme.

Incision autour du col.

Incision au ras de la vulve.

Dépouillement du vagin, difficile à cause de la colpopérinéorraphie antérieure.

Sutures en bourse étagées en commençant autour du col utérin ; je place quatre sutures au catgut, numéro 2, en laissant une place pour un tout petit drain.

Suture superficielle de la vulve au crin

Suites normales ; presque pas de suintement par le drain.

Sortie guérie au bout de trois semaines.

Revue trois mois après, la suture a bien tenu : il y a formation d'un petit cul-de-sac où l'on peut introduire le bout de l'index.

CONCLUSIONS

I. — L'opération de Müller consiste en une colpectomie totale ou presque totale, après laquelle se fait une columnisation cicatricielle du vagin qui supportera l'utérus,

II. — C'est une opération facile, bénigne, rapide; elle n'exige pas nécessairement l'anesthésie générale : l'infiltration suivant la méthode de Schleich pourra suffire.

III. — La colpectomie de Müller est indiquée dans les cas de prolapsus du second et du troisième degré, chez les femmes qui n'ont plus leurs règles et qui ont renoncé aux rapports sexuels.

IV. — Toutefois, à la suite de cette opération, le coït avec pénétration est redevenu possible (cas de Savariaud) par la formation ultérieure d'une nouvelle cavité vaginale.

V. — L'opération de Müller est une opération sûre, les suites opératoires et les résultats éloignés en sont excellents :

- 1° Pas de récurrence ;
- 2° Mortalité nulle.

Vu : le Président de la thèse
S. POZZI

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu, et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Biehly* (H.). — Die Kolpektomie als Prolapsoperation. Inaug. Diss. Berne, 1902.
- *Gynecologia Helvetica*, 1903, p. 27.
- Bræse*. — Zeitschrift f. Geburtsch. und Gyn., XXXIX, p. 354.
- Cumston* (C.-G.). — The surgical treatment of prolapsus uteri, with special reference to the operation of colpectomy. Amer. med., 1905, vol. IX, p. 816-818.
- Dørselbe*. — Zentralbl. f. Gynækol., 1899, Nr. 1.
- Edelohls*. — Med. rec., octobre 1901, p. 561.
- Fellenberg*. — Beiträge Z. Geburtsch. u. Gyn., Hegar., 1902, vol. VI, 3.
- Freund*. — Centralblatt f. Gyn., 1901, no 13, p. 441.
- Freund* (A.-W.). — Vid. J. Payeur, ref. im. Cent. f. gyn., 1897, p. 1286.
- Freund* (H.-W.). — Centr. f. gyn., 1893, n° 47.
- Fritsch*. — Vid. Asch, Arch. f. gyn., Bd. XXXV, Heft 2.
- Gærtig*. — Cent. f. gyn., juin 1895, p. 599.
- Hartmann et Bouchet*. — Annales de Gyn. et d'Obst., 1894.
- Imlach*. — Shortening the round ligament of the uterus. Edimb med. journ., 1885, p. 913.
- Inglis Parsons*. — Congrès de la Brit. Med. Assoc. à Manchester, 1902.

- Jacobs.* — Archives de Tocol. et de Gynéc., vol. XXXI, n^o 9.
 — Annales de Gyn. et d'Obstét., n^o 46, 1896, p. 627.
- Jaeggy* (E.). — Die kolpektomie nach P. Müller. Gynœkologische Rundschaü, 1907, t. I, 827.
- Jentzer.* — Gymnastique gynécologique et traitement manuel des maladies de l'utérus et de ses annexes (méthode de Thure-Brandt). Georg, libraire-éditeur. Genève, 1891.
- Kiriac.* — Roumanie médicale, août 1893.
- Kœnig* (R.-P.). — P. Muller's method of colpectomy for uterine prolapse, in the Journal of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp., septembre 1903.
- Krükowa* (M^{lle} V.). — La colpectomie dans le prolapsus. Thèse de Genève, 1903.
- Leder* (Cécile.). — Arch. de Gynéc., 1895.
 — Archives de Gynéc., mars 1894.
- Le Gal.* — Thèse de Paris, 1894.
- Mangin.* — Congrès international de Genève, 1896.
- Martin.* — Über Extirpation vaginal. Berliner Klin. Wochenschr., 1898, n^o 40.
 — Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynækologie in Berlin.
- Michaël.* — Société de Gyn. de Hambourg.
- Monod* (Ch.) et *Vanøverts* (J.). — In Traité de technique opératoire.
- Müller* (P.). — Ueber Prolaps operationen. Deuts. Naturforsch. u. Aerzte Gesells., 1896, C. R., 2^e p., 164 (Disc. : Frank, Lœhleln, Asch, Freund, V. Herff.).
 Voy. aussi Biehly.
- Munchmeyer.* — Centr. f. gyn., 1891, p. 241.

Niebergall. — Thèse de Bâle, 1895.

Panhut. — Die neuern prolapsoperationem. Inaug. Diss.,
Halle, 1895.

Peltier (M^{me}). — Th. de Paris, janvier 1895.

Pflanz. — Zentralbl. f. Gynækol., 1899, Nr. 14.

Pichevin et Bonnet. — Prolapsus génital, in Traité de chirurgie clinique et opératoire de A. Le Dentu et Pierre Delbet.

Polic. — Amer. jurn. of Obstet., p. 606, 1886.

Preuschen. — Ann. de Gyn., 1896, n° 46, p. 549.

Revue de Gynécologie du professeur S. Pozzi, févr., 1904,
p. 137.

Richelot. — Annales de Gyn., 1896, n° 46, p. 531.

Savariaud (M.). — L'opération de Müller pour prolapsus ou colpectomie totale avec conservation de l'utérus. Ann. de Gyn. et d'Obst., 2^e série, t. III, novembre 1906.

Stapfer. — Traité de kinésithérapie gynécologique. Paris, 1897.

Stocker (S.) *Luzern.* — Scheidenexstirpation bei prolaps, in Centralblatt für Gynækologie, Nr. 46, 1900, p. 1227.

— Gyn. Helv., 1901, p. 50.

Varton. — Thèse de Bordeaux, 1889-1890, p. 43.

Winberg. — Annales de Gyn., 1896, n° 46, p. 549.

Wormser (E.). — Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, 1898, Bd. VII, H. 4.

— Die kolpektomie zur Beseitigung des prolapses älterer Frauen, in Gynækologia Helvetica, p. 51.

Zolotnitzky. — Thèse de Paris, 1894. Hystérectomie vaginale contre le prolapsus.

